LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Revue critique : Des troubles psychopathiques de la miction, par le Dr E. Desnos. — **Bibliographie** : Hystéropexie abdominale antérieure et opérations sus-pubiennes dans les rétrodéviations de l'utérus, par le Dr M. Baudoin. — **Revue de la presse** : Décomposition du salol dans l'organisme humain — Nouveau cas d'hygroma proliférant endothélial. — Œdème laryngé primitif aigu; trachéotomie; guérison, — Rétrécissement du champ visuel dans la syringomyélie. — Rupture du périnée et de la cloison recto-vaginale pendant le coït. — **Académie des sciences** : Séance du 8 septembre 1890. — Présidence de M. Duchartre. — Sur le ferment soluble de l'urée. — **Académie de médecine** : Séance du 16 sepembre 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin. — Correspondance. — Du traitement par le séjour au bord de la mer chez les scrofuleux. — Mesures à prendre contre le choléra. — Hydrocèle du canal de Nuck. — Sur la dépopulation de la France. — **Société médicale du VIIe arrondissement** : Séance du 2 juin 1890. — Présidence de M. Guillier. — Action de l'antipyrine sur les méningites localisées et les atrophies optiques qui en sont la conséquence. — **Memento pratique** : Le nez rouge et son traitement. — Du traitement du choléra infantile. — **Intérêts professionnels** : Certificats soumis ou non au timbre. — Du privilège des médecins et pharmaciens en cas de faillite. — **Nouvelles**. — **Nécrologie**.

REVUE CRITIQUE

Des troubles psychopathiques de la miction

Par le Dr E. Desnos
Ancien interne des hôpitaux

On sait combien souvent se manifeste l'influence du système nerveux sur les fonctions de l'appareil urinaire. Tantôt il s'agit de lésions bien déterminées et parfois considérables telles que l'hémorrhagie cérébrale ou l'ataxie locomotrice ; tantôt ce sont des maladies dont la symptomatologie est établie et bien étudiée, mais dont les lésions sont peu connues, ou ignorées comme l'hystérie et l'épilepsie ; enfin il existe un troisième groupe de sujets qui créent eux-mêmes leur maladie et chez lesquels on constate en général certains troubles intellectuels : ce sont les psychopathes urinaires. A ces malades, M. le Dr Janet vient de consacrer une importante étude, dont il a fait le sujet de sa thèse inaugurale (1), travail rempli de faits et d'observations personnelles et auquel s'attache un intérêt d'autant plus grand que son mérite littéraire n'est pas inférieur à sa valeur scientifique.

L'auteur se propose de démontrer que les psychopathes urinaires créent de toutes pièces leur maladie en concentrant leur attention sur leurs organes expulseurs de l'urine. En étudiant la miction normale de l'homme civilisé, on remarque en effet que la fonction physiologique a singulièrement dévié. En effet le besoin d'uriner se fait sentir dès que la vessie contient une quantité d'urine suffisante pour la mettre en tension ; mais avec les exigences sociales, combien de fois la régularité de cette fonction n'est elle pas troublée, soit que nous soyons obligés de retenir longtemps notre urine, soit que par habitude ou en vue d'occupation de longue durée, nous ne devancions le moment où le besoin se fera réellement sentir. Les femmes, par exemple, qui, pour bien des raisons, trouvent moins souvent l'occasion de satisfaire leurs besoins, retiennent plus longtemps leur urine et arrivent à ne percevoir le besoin qu'à de longs intervalles. La miction n'est donc plus simplement un acte réflexe sous l'influence d'une excitation involontaire: voilà des habitudes urinaires créées par le sujet qui commande à sa vessie au lieu de lui obéir. Mille circonstances peuvent ainsi influer sur le retour du besoin ; l'idée simple de miction transmise à nous par la vue ou l'écriture, la vue de quelqu'un qui urine ou même d'un urinoir interviennent comme cause d'excitation pour la vessie. On voit combien facilement une telle disposition peut être exagérée; qu'un névropathe, qu'un hypochondriaque concentre son attention sur la fonction urinaire, qu'il étudie la miction au point d'en dissocier les différents temps et les moindres modalités et il arrivera peu à peu à faire naître des troubles, dont nous allons, avec M. Janet, étudier les principaux.

Un des plus curieux est ce trouble bizarre désigné par sir James Paget sous le nom de « bégaiement urinaire ». Dans sa forme la plus simple, il consiste dans ce fait que les individus atteints de cette infirmité ne peuvent uriner quand on les regarde. Presque tous les psychopathes urinaires présentent ce phénomène à un degré plus ou moins prononcé. Ils urinent normalement aux moments ou aux places accoutumés, et sont exposés à la rétention dans les endroits associés dans leurs esprits avec le bégaiement, et en compagnie de personnes avec lesquelles ils ont déjà eu un insuccès urinaire. Un fait remarquable, rapporté par Paget, est celui d'un ecclésiastique qui se sondait toujours avant de monter en chaire parcequ'une fois un horrible besoin d'uriner l'avait empêché de terminer son sermon.

La rétention complète est un phénomène de même ordre, beaucoup plus rare : quand elle arrive à la suite

(1) *Des troubles psychopathiques de la miction* par le Dr J. Janet, ancien interne des hôpitaux. — 1890. Librairie Lefrançois.

d'une retenue prolongée volontairement imposée à la vessie, on ne peut dire qu'elle est de nature psychique, car alors la distension excessive de la vessie lui a fait perdre son tonus naturel. Quant à la rétention consécutive aux grandes opérations, elle tient soit à un gonflement inflammatoire lorsque la région traumatisée est dans la sphère génito-urinaire, soit, plus souvent, à un acte réflexe.

Plus intéressante est l'étude du spasme uréthral; nous avons déjà vu l'influence de la volonté sur la contraction de la vessie ; toute émotion un peu vive, un saisissement brusque provoque une contraction vésicale qui se traduit parfois, chez les enfants, par une émission involontaire. Pour éviter cet accident, nous contractons involontairement notre sphincter à l'occasion d'un bruit, d'une cause quelconque qui nous surprend et, si l'on est surpris par une sensation subite pendant qu'on urine, le jet s'arrête tout à coup. Les psychopathes dont l'attention est continuellement portée sur l'appareil urinaire montrent ce phénomène développé à l'excès; il en résulte un certain nombre de troubles dont voici les principaux : les difficultés existent surtout au début, parce que la région membraneuse reste contractée; et tous les efforts du malade ne font que l'augmenter, car, ainsi que le fait remarquer M. Janet, notre seul moyen d'action sur un de nos muscles est de le faire contracter, c'est ce que font ces malades par leur préoccupation d'intervenir activement dans la miction, il leur faudrait oublier leur sphincter. Enfin ce sphincter se relâche, un filet d'urine apparaît puis grossit peu à peu et redevient souvent normal; mais il s'arrête à la moindre émotion et beaucoup de malades prennent l'habitude de ne pas vider complètement leur vessie. La fin de la miction n'est pas normale non plus, et l'impulsion terminale, le coup de piston manque. Celui-ci est en effet produit par les contractions brusques des muscles périurétraux; or, ceux-ci étant contracturés pendant toute la miction ne peuvent se contracter utilement pour chasser l'urine accumulée dans le canal; il en résulte l'écoulement involontaire d'une certaine quantité de cette urine à la fin de la miction. Ailleurs, le coup de piston est simplement retardé; le malade, croyant avoir terminé la miction, se sent tout à coup mouillé : un petit jet d'urine vient d'être lancé par une contraction involontaire. Très rarement le spasme donne lieu à une rétention complète.

Un phénomène inverse n'est pas moins fréquent, c'est la pollakiurie. Normalement nous ne devrions uriner que trois fois par jour, la capacité physiologique d'une vessie d'adulte étant de 4 à 500 grammes, mais nous avons vu que les exigences sociales nous obligeaient à des mictions plus répétées. Les influences d'ordre psychique sont ici considérables ; qui n'a remarqué que pendant les moments de graves préoccupations, le besoin d'uriner disparaît et peut être oublié pendant plusieurs heures même après avoir été ressenti vivement ? Au contraire, pendant les moments d'oisiveté, les besoins pressent davantage ; il est en outre d'autres causes qui y invitent, les émotions tiennent ici le premier rang.

Les psychopathes présentent le même phénomène avec une grande exagération ; ils s'examinent, et plus ils se regardent pisser, plus les envies deviennent fréquentes et plus la miction est pénible. M. Janet reconnaît deux formes de pollakiurie, qui est précoce ou tardive. La pathogénie de la première est assez obscure; ces préoccupations sont rarement très grandes chez les enfants; cependant, grondés, réprimandés pour ce que leurs parents estiment être une faute, ils arrivent à penser continuellement à l'acte de la miction ; et le besoin n'en apparaît que plus souvent.

La pollakiurie tardive reconnaît ordinairement un point de départ très net, tel que le phimosis. La continence se retrouve assez souvent; mais la cause la plus fréquente de toutes est la blennorrhagie quand elle survient, bien entendu, chez un névropathe ; ces malades multiplient les observations qu'ils font de leur maladie, provoquent ainsi des besoins qui sont factices ; cette mauvaise habitude persiste après la guérison et ils urinent sans motif, sans besoin véritable.

Il importe ici de porter un diagnostic précis et de ne pas confondre ces malades avec ceux qui sont atteints de cystite. Or chez ces derniers l'urine est toujours plus ou moins chargée de pus ; tandis que chez les névropathes, elle est limpide et toujours rendue en assez grande quantité. Le caractère distinctif le meilleur est la recherche de la capacité de la vessie qui est normale chez les névropathes ; on peut chez eux, injecter 200 à 300 grammes d'urine, sans que le besoin d'uriner soit très violent. Rien de semblable ne pourrait être tenté s'il y avait une cystite.

Dans un chapitre consacré aux troubles de la miction pendant la nuit, M. Janet expose les principales théories proposées pour expliquer l'incontinence nocturne.

Pendant la nuit, notre cerveau impressionne notre vessie comme pendant le veille, incitation qui se traduit par des contractions vésicales. Si la sensation est suffisante pour réveiller le patient, il en résulte une fréquence plus grande qu'à l'état normal ; la pollakiurie nocturne est constituée. Si, au contraire, le sommeil n'est pas interrompu, le rêve se poursuit, le malade se croit dans un urinoire ou devant son vase de nuit, et il en résulte un phénomène analogue à celui de la pollution nocturne ; c'est ce que M. Janet appelle l'incontinence nocturne d'origine psychique.

La pollakiurie nocturne simple nous occupera peu, car elle ne présente guère de particularités intéressantes ; elle constitue bientôt une mauvaise habitude qui dure parfois de longues années. Parfois précoce, et observée dès les premières années, elle s'accompagne de pollakiurie diurne; parfois tardive, elle succède alors à l'incontinence nocturne dont elle peut être considérée comme un mode de guérison.

On sait combien de théories ont été proposées pour expliquer l'incontinence nocturne des enfants, ou mieux, les mictions involontaires nocturnes. Beaucoup sont incompatibles entre elles et cependant vraisemblables; la conclusion qui s'impose est celle-ci : c'est que l'incontinence des enfants n'est qu'un symptôme, qu'elle ne constitue pas une affection toujours identique et qu'on doit distinguer diverses variétés. Trois groupes sont ainsi nettement isolés : l'incontinence nocture des épileptiques; l'incontinence nocturne par atonie du sphincter uréthral; l'incontinence nocturne de cause psychique.

Chez les épileptiques, le fait de la miction nocturne inconsciente est connu depuis longtemps. Trousseau n'a-t-il pas dit que tout adulte, non porteur d'une lésion vésico-uréthrale, qui pisse au lit la nuit, sans se sentir, est un épileptique. Cette proposition est trop absolue, car dans certains cas de tabes, de paralysie générale, de démence, de sénilité, on observe également de l'incontinence, mais avec des caractères particuliers qui permettent un facile diagnostic différentiel. L'atonie du sphincter uréthral est bien connu depuis les descriptions du professeur Guyon. Chez de tels sujets, dit-il, l'explorateur parcourt tout le canal en ne transmettant à la main qui le guide que de faibles sensations. Le sphincta urétral se laisse traverser sans difficulté. Là il y a moins exagération de la force expulsive vésicale que faiblesse du côté de la résistance sphinctérienne. Le malade n'a pas d'épreinte comme dans la cystite, il ne peut se retenir. Ce qui importe ici, c'est de constater le signe physique, la démonstration de l'absence de tonicité du sphincter membraneux; cette atonie paraît quelquefois due à une malformation uréthrale : M. Janet l'a vue coïncider deux fois avec un hypospadias; mais dans la plupart des cas, il s'agit d'un trouble médullaire.

Moins connue est l'incontinence d'origine psychique. Elle est essentiellement nocturne : dans la journée les mictions peuvent être plus ou moins précipitées et impérieuses, mais l'enfant, à moins d'une paresse particulière retient son urine. Cette pollakiurie diurne constitue une condition essentielle pour l'établissement de l'incontinence nocturne psychique. Nous avons vu qu'il existe des pollakiuriques nocturnes que le besoin réveille; l'incontinent nocturne ne diffère du pollakiurique que parce qu'il ne se réveille pas.

Le mécanisme, qui préside à cette transformation, se fait par l'intermédiaire d'un rêve de miction. Il est facile d'expliquer la répétition fréquente du rêve. L'enfant, atteint de cette infirmité, a sans cesse des préoccupations mictionnelles; tourmenté, ennuyé, il se sent constamment mouillé; grondé, réprimandé souvent pour ce fait dans la journée, il s'endort avec cette idée de miction, et tout rêve commencé l'y ramène facilement. D'ordinaire, il ne se réveille pas après une miction involontaire nocturne et, au matin, ne garde aucun souvenir du moment où il a uriné. Il en est ainsi des rêves; on ne se rappelle que ceux qu'on faisait au moment où on a été éveillé. Le seul moyen de faire conserver ce souvenir aux enfants consiste à les forcer à se réveiller dès qu'ils urinent ou qu'ils ont uriné; on peut y arriver en déterminant une irritation de la muqueuse uréthrale, au moyen de l'électrisation ou simplement du cathétérisme; la douleur ou la sensibilité de la miction provoque le réveil; l'enfant se rappelle alors le rêve qu'il faisait et c'est toujours un rêve de miction.

Le phénomène de l'incontinence nocturne est donc, on le voit, en tout semblable à celui de la pollution nocturne.

La plupart des troubles que nous venons de passer en revue s'observent très souvent chez un même individu, successivement et à des âges divers. L'incontinence nocturne ouvre la scène; elle cesse spontanément ou après un traitement approprié; puis se montrent des troubles particuliers, tels que le bégaiement urinaire, la pollakiurie, etc. Tous ces individus, prédisposés à la pusillanimité, sont conduits à un état d'hypochondrie qui présente des caractères très tranchés. Rarement, cet état psychique est spontané et isolé; on l'a trouvé le plus souvent lié à des troubles fonctionnels de l'appareil génital ou bien il éclate ou s'accentue à l'occasion d'une affection des voies urinaires.

En général, l'appétit génital du psychopathe urinaire est très modéré; il se sent éloigné du commerce des femmes par une timidité naturelle, par la crainte de contracter une affection vénérienne; beaucoup de ces malades restent longtemps vierges, très souvent jusqu'à leur mariage; ceux chez lesquels les désirs sont un peu violents se livrent à la masturbation, soit d'une façon excessive en renouvelant cet acte jusqu'à trois fois par jour, soit au contraire très rarement, mais d'ordinaire ils observent une continence presqu'absolue. Quelques-uns de ces derniers sont ou plutôt se croient spermatorréiques, examinent à chaque instant leur urine, leur linge, leurs garde-robes et croient trouver partout la preuve de leur affection imaginaire. Si, enfin, ils se décident à avoir des rapports sexuels, il leur arrive de ne pouvoir pratiquer le coït, ou bien l'érection est incomplète ou l'éjaculation prématurée. Le souvenir d'un premier échec augmente leurs craintes; ils éloignent les tentations du coït. M. Guyon cite à ce propos le cas d'un homme qui, après huit ans de mariage, n'avait pu accomplir le coït, malgré une circoncision sur l'effet psychique de laquelle on avait beaucoup compté.

Lorsque des individus ainsi prédisposés moralement contractent une blennorrhagie, ils conçoivent aussitôt des terreurs excessives et entrent bientôt dans un état d'hypochondie extrême. Il est d'ailleurs remarquable de voir avec quelle facilité ils sont contagionnés, ils semblent offrir au virus un terrain de culture favorable, et on les voit présenter des complications, des infections secondaires de la blennorrhagie auxquelles

échappent la grande majorité des malades. Dès le début de la phlegmasie, ils sont atteints d'une pollakiurie qui fait croire à une cystite, parfois il s'y joint un spasme tel que la rétention paraît complète ; ce spasme persiste quelquefois pendant des mois et des années.

Après la guérison de ces blennorrhagies, le névropathe, urinaire reste en proie à de vives appréhensions ; la moindre humidité de son canal constitue à ses yeux de la spermatorrhée ; la crainte qu'il a de ne pouvoir accomplir le coït rend en réalité plus difficile l'accomplissement de cet acte, et il se complait dans la constatation de cette apparente impuissance ; ailleurs il croit que l'inflammation est devenue incurable ; il examine son urine, dont le moindre trouble, dû à la présence de carbonates ou de phosphates, le terrifie : enfin, le rétrécissement constitue la plus fréquente de ces affections imaginaires.

Ces malades urinent à chaque instant pour examiner la modification du jet, sa force de projection, son volume, etc., le spasme dont ces malades sont souvent atteints donne une apparence de réalité à ces craintes : aussi est-il difficile de détruire une conviction arrêtée et ces malades ne restent qu'à moitié persuadés, même quand on a passé dans leur canal un instrument volumineux.

Cette courte analyse ne peut donner qu'une idée bien imparfaite des troubles psychopathiques si variés qu'on rencontre chez les urinaires. Nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer le lecteur à la thèse de M. Janet. Ce travail, établi sur des faits, se prête mal à un résumé, car un intérêt tout particulier s'attache à la lecture des observations recueillies avec soin et judicieusement choisies.

BIBLIOGRAPHIE

Hystéropexie abdominale antérieure et opérations sus-pubiennes dans les rétrodéviations de l'utérus, par le Dr M. Baudoin. (Lecrosnier et Babé, édit. Paris, 1890.)

Récemment remise en honneur par les opératsnrs français, la fixation directe de l'utérus à la paroi antérieure de l'abdomen a, dès son apparition, soulevé des controverses sur lesquelles nous ne pouvons revenir à propos du livre que vient de publier M. Baudoin. Dans un article du *Bulletin Médical*, un des premiers parus en France à ce sujet, article, disons-le franchement, fait peut-être un peu trop à la hâte, ce qui expliquera à M. Baudoin les quelques imperfections pour lesquelles il ne ménage pas ses critiques les plus méprisantes, nous avons cherché à raconter les quelques faits déjà connus de fixation utérine. Depuis cet article les opérations se sont multipliées, les travaux ont été plus étudiés, et les auteurs ont pu, comme M. Baudoin, rechercher à loisir sans être poussés par l'actualité (ce qui pousse avec violence, M. Baudoin ne le niera pas, lui qui fait du journalisme) les nombreux résultats obtenus et contrôler les procédés employés. De là la possibilité de faire paraître un travail d'ensemble et des bibliographies incommensurables.

C'est le but que s'est proposé et qu'a réalisé M. Baudoin. Etre philologue, bibliographe et littérateur, tel a été le but et, nous devons le dire, but magistralement atteint.

L'introduction est une logomachie extrêmement savante, moitié grecque, moitié latine, un peu française, pour défendre, attaquer, soutenir, abattre le ou les synonymes qui ont été créés pour désigner l'opération que veut étudier M. Baudoin, ces synonymes sont au nombre de 14 !!! il est vrai que M. Baudoin, qui peut revendiquer la paternité d'un d'entre eux ajoute : « qu'il croit n'avoir pas fait d'abus et s'être borné au strict nécessaire, qu'il faut mettre un frein aux fabrications de mots, en médecine comme en histoire naturelle ». Quoi qu'il en soit le terme hystéropexie proposé par le regretté professeur Trélat est celui qui semble actuellement tenir la corde et qui, espérons-le, restera le seul employé.

Quoi qu'il en soit de cette description de mots, en quoi consiste l'opération ? A suturer l'utérus à la paroi abdominale de façon à obtenir l'adhérence de la face antérieure de l'organe avec la face postérieure de la paroi abdominale sus-pubienne. L'adhérence obtenue, l'utérus ne peut ni se mettre en rétrodéviation ni se mettre en prolapsus. M. Baudoin ne s'occupe que de l'intervention faite pour remplir la première indication. L'hytéropexie extra-péritonéale, méthode aveugle et par suite dangereuse, est destinée à disparaître, par suite ne mérite pas de longues descriptions, c'est ce qu'a très bien compris M. Baudoin, qui ne la traite qu'en quelques pages, pour s'occuper surtout de l'hystéropexie utile et véritablement chirurgicale, nous voulons dire intra-péritonéale. Après avoir posé comme principe que l'ouverture du ventre par un chirurgien digne de ce nom n'était pas une opération dangereuse, M. Baudoin divise l'opération en deux temps : 1° la laparotomie qu'il désigne sous le nom d'exploration ; 2° la fixation de l'utérus proprement dite.

Dans le premier temps on se rend compte de l'état de mobilité ou de fixation par des adhérences de l'utérus dans le petit bassin et de l'état des annexes.

S'il est mobile, son déplacement sera facile ; s'il est adhérent, presque toujours il y aura des lésions des annexes, et à l'hystéropexie on devra joindre l'ablation des annexes. Telle est l'utilité du premier temps. Dans un second temps, après avoir libéré l'utérus on l'amènera derrière la paroi abdominale et on le suturera. Ici nombre de points de détails sont minutieusement étudiés par M. Baudoin, mais l'ensemble de ce second temps peut se résumer en ceci : accolez dans la plus grande surface possible la face antérieure péritonéale

de l'utérus à la face péritonéale pariétale de l'abdomen.

A côté de ces hystéropexies vraies, M. Baudoin étudie les principaux modes de fixation des annexes de l'utérus à la paroi abdominale antérieure; les uns fixant les cornes utérines, les autres ne fixant que les ligaments larges, enfin il faut citer pour mémoire les faits où l'utérus a été fixé à la paroi comme opération complémentaire d'une intervention de voisinage en quelque sorte, oophorectomie, hystérectomie, etc.

Un autre principe opératoire a guidé les chirurgiens qui ont défendu la *suspension rétablie* de l'utérus par les ligaments ronds rendus à leurs dimensions normales et pouvant ainsi maintenir l'utérus dans sa bonne situation. C'est le même principe qui avait déterminé l'opération d'Alquié-Alexander justement abandonnée actuellement et dont il a cherché à supprimer les imperfections en déterminant le raccourcissement des ligaments ronds par plissement intra-abdominal. (Procédé de Wybi-Ruggi, de Dudley modifié, etc.)

Sans condamner ces tentatives, M. Baudoin, avec juste raison, limite à très peu de cas leur utilisation : « Quand, le ventre ouvert, on verra qu'il s'agit de cas où les ligaments ronds sont hypertrophiés notablement ou sont encore solides et pourvus de bonnes insertions; où les lésions paramétritiques sont peu intenses; où il n'y a qu'une rétroversion mobile ou peu adhérente ou bien une rétroversion à peine marquée sans la moindre tendance au prolapsus. »

Enfin on a admis comme suffisant pour calmer les douleurs accompagnant les rétrodéviations avec adhérences, de détruire les adhérences sans fixation d'aucune sorte; cette manière de faire ne peut guère être employée que dans les cas de rétroversions adhérentes ou de rétroflexions symptomatiques de tumeurs abdominales.

En résumé l'hystéropexie sus-pubienne intra-péritonéale doit être considérée aujourd'hui comme le seul procédé de cure dite radicale (par analogie à la cure des hernies) des rétrodéviations utérines graves et adhérentes, ayant fait ses preuves. Jusqu'à plus ample informé c'est donc le seul procédé sur lequel on puisse sérieusement compter. Les insuccès thérapeutiques observés s'expliquent en général par le procédé employé ou par les circonstances spéciales de l'intervention. Leur nombre diminuera certainement d'ailleurs, quand l'opération sera mieux connue, parfaitement exécutée, et employée dans les conditions qui détermineront des indications précises.

Tel est le résumé très succinct du travail très étudié et très important de M. Baudoin qui l'a traité avec une abondance de divisions et de faits qu'exigeaient l'obscurité du sujet et l'ambition bibliographique de tout écrivain médical de nos jours.

F. VERCHÈRE.

REVUE DE LA PRESSE

Décomposition du salol dans l'organisme humain, par DE RENZI et RÉALE. (*G. Revista clin. e. Térap.* juillet 1890.) — Les auteurs rappellent qu'il est généralement admis que le salol se dédouble dans l'intestin en ses deux composants : acide phénique et acide salicylique, sous l'influence de l'action du suc pancréatique. Suivant Ewald et Siévers, un gramme de salol ingéré par la bouche apparaît au bout de 30 à 40 minutes dans l'urine, où il se reconnaît par la réaction du perchlorure de fer caractéristique de l'acide salicylique (coloration violette).

Il résulterait de là un moyen de reconnaître la parésie de l'estomac au moyen du salol. Car s'il existe une affection stomacale, et surtout de la dilatation, l'apparition de l'acide salicylique dans l'urine est retardée, signe de la décomposition retardée du médicament. Cette opinion a recueilli de nombreuses approbations. (Metz, Einhorn) et aussi des contradicteurs (Kullmann, Drunner, Klemperer). P. Chéron, récemment la proclame comme absolument exacte. (*Union médicale*, 1er avril 1890.)

Une nouvelle série de recherches a été entreprise par les auteurs dans le but de reconnaître les affections du pancréas au moyen de l'administration du salol. Si la décomposition de ce médicament dans l'intestin est due au suc pancréatique, il est évident que l'absence de ce suc doit faire diminuer ou manquer la réaction de l'acide salicylique.

Voici les résultats qu'ils ont obtenus :

1° Le pancréas, trituré dans l'eau, à la température ambiante (14° cent. environ) détermine facilement la décomposition du salol. Cette décomposition se fait plus rapidement à la température du corps humain (37° à 38°). La présence du sublimé à 1/1000 retarde un peu, mais n'empêche pas l'action du suc pancréatique sur le salol;

2° La pepsine, reconnue très active comme preuve de digestion artificielle, ne décompose pas le salol, même à la température de 37 à 38° et pendant 24 heures;

3° La rapidité avec laquelle l'émulsion de pancréas provoque la décomposition du salol, l'absence de tout produit de putréfaction, non moins que la plus grande intensité de la réaction lorsque dans le verre on met peu de pancréas et beaucoup de salol, doivent faire rapporter la décomposition du salol à l'efficacité propre du suc pancréatique et non à un processus de putréfaction;

4° La putréfaction des tissus et des liquides animaux provoque la décomposition du salol.

Ceci se produit plus facilement à 37° ou 38° qu'à 18°,

Si la présence du salol arrête la putréfaction, la dialyse n'a plus lieu.

Si on prend différents verres contenant de l'eau et des fragments de pancréas, de duodénum, de jéjunum,

d'iléon, de cæcum, de côlon transverse, de foie, de chair musculaire et de bile récoltée dans la vésicule d'un chien à 37° cent., et si dans chacun de ces verres on ajoute la même quantité de salol, on observe d'abord la décomposition du pancréas, et successivement ensuite celles du foie, du duodénum, du jéjunum, et seulement plus tardivement de la chair musculaire. Dans le verre contenant de la bile on notait au bout de 24 heures une très légère décomposition du salol, et une putréfaction peu considérable ou nulle.

5° Le sublimé ajouté en très petites proportions retarde et affaiblit quelque peu la digestion pancréatique, sans cependant l'arrêter. De la même façon, le sublimé retarde mais n'arrête pas l'action du pancréas sur le salol.

Au contraire en mettant ensemble du sublimé, et une substance capable de se putréfier et du salol, la décomposition de celui-ci n'a plus lieu et la putréfaction ne se produit pas.

6° Par rapport à l'influence des microorganismes variés sur la décomposition du salol, les A ont noté qu'elle est minime avec le *bactérium termo* et avec le *staphylococcus pyogènes*; elle est assez intense avec le *staphylococcus pyogènes albus* et *aureus*.

Le salol placé sur les plaies ou inoculé dans la cavité pleurale par empyème apparaît facilement dans l'urine.

7° La décomposition du salol se produit avec la plus grande facilité au moyen de la salive. La salive diabétique est peut-être moins efficace. Les glandes salivaires enlevées sur des chiens produisent facilement cette décomposition. Elle se produit aisément en plaçant la salive dans un milieu acide et continue encore activement en présence de la pepsine chlorhydrique. Au contraire, elle n'a pas lieu dans l'urine acide. Mais elle reparaît lorsque l'urine en devenant alcaline dénote les signes de la putréfaction.

8° L'apparition de l'acide salicylique dans l'urine à la suite de l'administration du salol se produit encore chez les animaux privés de pancréas et chez les diabétiques atteints de graves affections du pancréas.

9° La conclusion générale de toutes ces recherches est que l'on ne peut pas considérer le salol comme un moyen de reconnaître la motricité de l'estomac et les affections du pancréas. Sa décomposition ne se produit pas seulement dans l'intestin et par l'action du suc pancréatique et par la réaction alcaline du contenu intestinal, elle se produit encore sous l'influence de la salive, par les processus de la putréfaction, par l'action de certains microorganismes, etc.

On a d'ailleurs la vérification de ce fait chez les animaux auxquels on a enlevé le pancréas ou chez les diabétiques avec altération profonde de cet organe.

L. GREFFIER.

Nouveau cas d'hygroma proliférant endothélial, par MORISANI (*Progesso medico*, janvier 1890, n^os^ 1 et 4).

Les néo-formations à développement rapide prenant leur origine dans les bourses muqueuses sont fort rares.

Les cas connus jusqu'ici ne sont qu'au nombre de sept. C'est ce qui fait l'intérêt de cette observation.

La tumeur observée chez une fillette de 15 ans, apprentie couturière, s'élevait avec une forme pyramidale sur le bord interne du pied droit, solidement implantée sur la saillie interne du scaphoïde.

Elle était de consistance élastique, excepté au sommet où l'on notait un petit foyer de ramollissement, et vers l'implantation, où la consistance était plus molle par infiltration œdémateuse. Les mouvements volontaires ou passifs du pied sont parfaitement libres, à l'exception du mouvement de supination, qui ne peut être exécuté à cause de l'obstacle mécanique que lui oppose la tumeur. Les mouvements ne sont pas douloureux mais la pression sur le sommet de la tumeur est douloureuse.

La malade fait remonter à un an le début de l'affection.

La santé générale n'est pas très brillante : la mère est morte d'une affection chronique des poumons.

L'A. fit le diagnostic de lésion tuberculeuse, et résolut d'enlever la tumeur par une opération.

On fit ensuite un examen attentif macroscopique et microscopique de la tumeur enlevée.

La conclusion de Morisani fut que la tumeur était constituée par une cavité remplie d'un liquide kystique très dense et une paroi composée de deux couches, dont l'interne présentait un caractère éminemment néoplasique. L'A. pense que la tumeur s'était substituée à la bourse muqueuse qui se trouve normalement à proximité de l'insertion du tendon du tibial postérieur.

La tumeur en effet présentait sous le rapport de la pathogénie et de l'anatomie pathologique les caractères de l'hygroma proliférant de Virchow. Aussi l'A. lui donne-t-il le nom *d'hygroma proliférant endothélial*.

L. GREFFIER.

Œdème laryngé primitif aigu; trachéotomie; guérison, par MARTINO. (*Progresso medico*, février 1890, n° 4.) — L'œdème aigu primitif du larynx est une affection rare. L'auteur en a observé un cas chez une jeune fille de 18 ans. La malade, rhumatisante, fut prise de frissons et de raucité de la voix. Dans le cours de la nuit commencèrent les troubles respiratoires, qui augmentèrent graduellement jusqu'à menace de suffocation. Elle fut reçue à l'hôpital des incurables dans les conditions les plus graves de sténose laryngée. La trachéotomie fut faite sans chloroforme.

L'asphyxie cessa rapidement et le calme se rétablit au bout de quelques minutes. La canule put être enlevée au bout de treize jours.

L'auteur pose deux hypothèses : y avait-il un abcès du larynx ou un œdème laryngé aigu primitif ou secondaire? Il exclut l'abcès parce qu'il n'y avait aucun symptôme de laryngite phlegmoneuse; il en est de même de

l'œdème aigu secondaire, puisqu'il n'y avait aucune affection du larynx ou des organes voisins qui put expliquer cette complication. Il admet un œdème aigu primitif à cause du développement rapide et progressif de la maladie qui a succédé à une action réfrigérante prolongée.

L'unique ressource thérapeutique en pareil cas est la trachéotomie.

L. GREFFIER.

Rétrécissement du champ visuel dans la syringomyélie. — MM. DEJERINE et TUILANT publient dans la *Médecine moderne* (28 août) un travail dans lequel ils veulent démontrer que l'on peut rencontrer dans la syringomyélie un rétrécissement souvent considérable du champs visuel, sans qu'il existe aucune altération matérielle du fond de l'œil d'une part, et sans que l'on constate aucun symptôme pouvant faire supposer l'existence d'une altération encéphalique d'autre part. Ce travail est basé sur l'examen du champ visuel de sept malades atteints de syringomyélie.

Chez ces malades, le champ visuel était rétréci concentriquement pour toutes les couleurs et chez plusieurs d'entre eux le rétrécissement était porté à un degré extrême. C'est le champ visuel pour le vert qui est le plus rétréci. Le champ visuel du blanc est moins rétréci que celui des autres couleurs.

Ce rétrécissement, indépendant de toute lésion du fond de l'œil, est analogue à celui que l'on rencontre dans l'hystérie, l'hystéro-traumatisme et la névrose traumatique. Dans la syringomyélie toutefois, le rétrécissement pour les couleurs se fait d'une façon irrégulière et sous forme d'encoches plus ou moins prononcées.

Les auteurs ne proposent aucune explication de ce phénomène. Ils se demandent toutefois si l'existence d'un léger degré d'hydrocéphalie, constaté quelquefois à l'autopsie des syringomyéliques, ne joue pas un rôle dans la production du rétrécissement du champ visuel. Ce n'est là, d'ailleurs, qu'une hypothèse qui même ne peut se baser sur aucune analogie.

A. CH.

Rupture du périnée et de la cloison recto-vaginale pendant le coït. — Une jeune femme juive, de 23 ans, taille moyenne, antérieurement en bonne santé et récemment mariée, fit un jour demander le Dr Roman L. SINAISKY, de Slutzk (Russie), qui publie cette histoire dans la *Russkia Meditzina* (n° 46, p. 711, 1889). Cette jeune femme se plaignait de douleurs pendant la marche et pendant la défécation et racontait que ces symptômes était apparus depuis qu'elle avait eu ses premiers rapports avec son mari deux jours auparavant. Elle ajoutait que le coït avait donné lieu à une douleur locale très vive et à une hémorrhagie abondante allant jusqu'à la syncope.

L'examen montra que les organes génitaux externes présentaient une conformation tout à fait normale et que l'hymen, de la variété semilunaire, et d'une épaisseur modérée, était intact. En écartant les grandes lèvres, on voyait que la commissure postérieure était déchirée; la plaie formait une cavité en forme d'entonnoir, admettant facilement deux ou trois doigts et communiquant avec le rectum immédiatement au-dessus du sphincter de l'anus; le vagin contenait des matières fécales et des gaz. Il y avait une rupture totale du périnée longeant le raphé, mais comprenant seulement la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. L'auteur proposa une opération, qui fut refusée par la malade.

Le Dr Sinaisky discute longuement l'étiologie des graves lésions qu'il a constatées chez sa malade. Il ne lui paraît nullement douteux qu'elles n'aient été provoquées pendant le coït. Le mari était un vigoureux jeune homme de 23 ans, bien membré, mais peu au courant des devoirs conjugaux; du moins il raconte qu'il n'avait jamais eu antérieurement de rapport avec une femme. Depuis, le couple déclara énergiquement que ni l'un ni l'autre n'avaient introduit dans le vagin de la jeune femme soit le doigt, soit un corps étranger quelconque; leurs affirmations semblaient d'ailleurs très véridiques; aussi l'auteur arrive à cette conclusion que les lésions ont été causées de cette manière : le mari, inexpérimenté et en état d'érection violente, avait vigoureusement pressé contre la base de l'hymen de la jeune femme, placée peut-être dans une posture peu appropriée. L'auteur émet cette hypothèse que chez le mari, juif et circoncis, la rétraction du prépuce a pu augmenter la violence du coït (?).

Recherchant dans la littérature médicale les faits du même genre qui ont été publiés, l'auteur a trouvé les suivants :

1° Le cas d'Albert (*Manuel de médecine légale* d'Hoffman) relatif à une jeune Arabe de 11 ans chez laquelle les premiers rapports avec son mari, un solide gaillard de 16 ans, amenèrent la rupture de la commissure postérieure et du cul-de-sac du vagin, mettant ce dernier en communication avec la cavité abdominale.

2° Le cas de Toulmouche, rupture du périnée chez une jeune fille de 25 ans, violée.

3° Le cas de Zeiss (*Centralblatt für Gynæcologie*, n° 8, 1886), déchirure de la cloison vaginale pendant le coït, la femme appuyée sur les coudes et sur les genoux et cela six semaines après un accouchement au forceps.

4° Le cas de Chadwick (*Boston medical and surgical journal*, 30 avril 1885), rupture du vagin chez une femme nullipare de 48 ans.

5° Le cas d'A. G. Masalitinoff (*London medical Record*, mai 1886, p. 214), rupture du périnée chez une Juive faible et chlorotique, âgée de 24 ans, la lésion se produisit alors qu'elle pratiquait pour la première fois le coït avec son mari, un individu athlétique et alors en état d'ébriété.

6° Un second cas de Masalitinoff (*id.*), fisture vésico-vaginale survenue chez une Géorgienne de 24 ans, pratiquant pour la première fois le coït avec son mari.

7° Le cas d'Afanasy N. Boiakovsky (*Vratch*, n°s 46 et 47, 1886, p. 821), rupture du périnée et fistule vulvorectale chez une paysanne de 17 ans, qui avait les organes génitaux externes situés très bas et la fente vulvaire anormalement courte (la distance entre l'orifice urétral et la commissure postérieure n'était que de 2 centimètres), il y avait un profond cul-de-sac en arrière du vestibule, l'arc du pubis était étroit et ne formait qu'un angle de 62° au lieu de 90 à 100° comme à l'habitude; l'inclinaison du pubis était également anormale, 40° au lieu de 60°. Le mari était un solide paysan de 24 ans, avec une verge volumineuse. Le premier coït fut excessivement douloureux; dès le lendemain matin, des gaz à odeurs fécaloïde et le troisième jour des matières fécales s'échappèrent des organes génitaux de la femme. La fistule fut fermée par le professeur G. E. Rein, trois ans après.

Aux cas cités par le Dr Sinaisky, on peut ajouter les suivants :

1° Un cas de W. A. Esipoff (*London medical Record*, mai 1886, p. 214), rupture de l'urèthre pendant le premier coït chez une jeune femme de 19 ans, avec imperforation de l'hymen. Deux litres de sang se trouvèrent enfermés dans le vagin et dans la matrice.

2° Le cas de J. Price (*Am. Obst. Gaz.*, mai 1886), fistule vulvo-rectale occasionnée par un premier coït chez une femme de 22 ans.

3 Le cas de Dugner (*Vratch*, n° 47, p. 843, 1886), rupture du périnée et du vagin pendant le premier coït avec un mari dont le pénis était volumineux et qui vit sa femme d'une manière très brutale.

4° Le cas de Blumenthal (cité par Price, *id.*), fistule vulvo-rectale opérée par Spencer-Wells en 1860.

5° et 6° Les cas de Diemerbrock (*Anatomia corporis humani*, cité par Boiakovsky, *id.*), rupture du vagin chez deux jeunes Hollandaises nouvellement mariées, et qui toutes deux moururent d'hémorrhagie.

7° Le cas de Liman (*Manuel* d'Hoffman), rupture du périnée.

A. Ch.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 8 septembre 1890. — Présidence de M. Duchartre

Sur le ferment soluble de l'urée. — M. P. Miquel. Depuis les travaux de M. Musculus, qui ont rendu indubitable la présence du ferment soluble de l'urée dans les urines ammoniacales émises par les malades atteints de catarrhe vésical, cette substance diastasique n'a été retrouvée par personne; les quelques auteurs qui ont cherché à l'isoler, ou seulement à démontrer son existence, sont arrivés à des résultats négatifs. La préparation de ce corps est cependant facile; voici le procédé qui semble donner les meilleurs résultats :

Dans du bouillon de peptone, additionné par litre de 2 gr. à 3 gr. de carbonate d'ammonium, et stérilisé à froid par filtration à travers la porcelaine, on ensemence l'un des bacilles-ferments actifs de l'urée dont j'ai donné ailleurs la description (1). Au bout de quelques jours, le liquide se trouble et se charge de la diastase qu'on veut obtenir. Ces sortes de cultures doivent être absolument pures, car les organismes vulgaires peuvent aisément se substituer aux microbes, agents de la fermentation ammoniacale, ou détruire la diastase au fur et à mesure de sa production. Par le moyen que j'indique, on peut parvenir à accumuler, par litre de bouillon de peptone, une quantité de ferment soluble capable de transformer en carbonate d'ammonium, en moins d'une heure, 60 gr. à 80 gr. d'urée pure.

La température qui favorise le plus la rapidité de cette réaction se trouve comprise entre 50° et 55°. Mais, déjà à 50°, au contact de l'air, le ferment soluble de l'urée subit une altération profonde; il est complètement détruit au bout de trois à quatre heures. Je ne connais encore que le froid, voisin de 0°, qui puisse conserver pendant plusieurs semaines aux bouillons chargés de ferment soluble leur titre primitif.

Exposé à 75° pendant quelques minutes, ce ferment est totalement détruit à 80°, quelques secondes suffisent pour le rendre inactif. Je ferai remarquer que plusieurs des agents organisés qui sécrètent cette diastase résistent souvent deux à trois heures à la température humide de 95°.

Le procédé de préparation que je viens d'indiquer permet de se procurer, en quantité quelconque, le ferment que M. Musculus retirait, en faible quantité, des urines de quelques ammoniuriques, et dont il attribuait la production à l'épithélium vésical malade. Ce fait a d'ailleurs été contesté par MM. Pasteur et Joubert, qui ont affirmé avec raison que cette zymase procédait des agents figurés de la fermentation ammoniacale, notamment du *Micrococcus ureæ*, le seul agent qui, à cette époque, fût connu comme pouvant aisément hydrater l'urée.

Depuis, j'ai découvert dans la nature une grande variété de microorganismes doués de la même faculté; je cultive actuellement une quarantaine d'espèces urophages, présentant des caractères morphologiques parfaitement distincts et des puissances d'action variables; dans ce nombre, je ne comprends pas les mucédinées, qui, comme je l'ai démontré depuis douze ans, peuvent également transformer l'urée en carbonate d'ammonium.

Je me suis assuré que tous ces microbes de la fermentation ammoniacale sécrètent du ferment soluble, quand on les fait croître dans du bouillon dépourvu d'urée; par conséquent, que la destruction de l'urée à la température ordinaire et en l'absence de tout réactif chimique s'opère par l'intermédiaire de ce ferment soluble; que l'urée est, d'ailleurs, une substance fort peu nutritive pour les organismes inférieurs, qui la respectent généralement jusqu'à ce qu'on leur ait fourni soit des substances albuminoïdes, soit du sucre et des sels ammoniacaux.

Ces diverses considérations m'amènent à penser que, dans la fermentation ammoniacale, les microphytes agissent toujours sur l'urée au moyen du ferment soluble découvert par M. Musculus, et qu'il n'est pas nécessaire de recourir ici à l'hypothèse, d'ailleurs peu vraisemblable, de la destruction de l'urée par un acte de nutrition, pour expliquer la fermentation alcaline des urines.

Dans une prochaine Note, j'étudierai les propriétés du ferment soluble de l'urée et la résistance qu'il offre aux agents chimiques et physiques.

(1) *Annales de Micrographie*, t. I et II.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 septembre 1890. — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

La CORRESPONDANCE comprend : 1° une note de M. le Dr G. BERTIN et de M. PICQ, vétérinaire (de Nantes), relative à la suite de leurs expériences sur le vaccin de chèvre; 2° un travail intitulé : *Pourquoi les marques consécutives à la variole sont-elles généralement moins prononcées chez les vaccinés que chez les non vaccinés?* par M. le Dr PIGEON (de Fourchambault).

Du traitement par le séjour au bord de la mer chez les scrofuleux. — M. ISCOVESCO (de Paris). On a dit que la mer avait une action si marquée sur les tuberculoses locales, que ces affections ne s'observaient jamais ou presque jamais sur les marins. J'ai vu, à Berck, un enfant né et élevé au bord de la mer faire, à l'âge de dix ans, une coxalgie double. J'ai vu, chez des gens nés et élevés à Berck, à plusieurs reprises, des adénopathies tuberculeuses. A l'hôpital de Berck, on assiste fréquemment au développement de tuberculoses locales, chez des enfants qui ne présentaient aucune lésion auparavant, ou bien chez des enfants qui avaient déjà une autre tuberculose locale. J'ai assisté, à l'hôpital de Berck, à l'effondrement d'une colonne vertébrale, après dix-huit mois de séjour, chez un enfant qui nous avait été envoyé avec une tumeur blanche du genou. Le mal de Pott s'était développé et avait évolué silencieusement à l'hôpital de Berck même.

Les rechutes de coxalgie sont fréquentes au bord de la mer. Il est très rare qu'une coxalgie y évolue sans qu'une ou deux rechutes viennent prolonger la durée de la maladie. J'ai observé récemment, un enfant, guéri d'une coxalgie depuis deux ans, présenter, quinze jours après son arrivée, des cris nocturnes, de la douleur à la hanche, bref, une rechute bien caractérisée. La mère de l'enfant nous affirme d'une façon absolument catégorique qu'il n'y avait eu ni chute ni surmenage. Du reste, il suffit d'exercer quelque temps au bord de la mer pour voir combien ce genre de rechutes est fréquent. Quant aux coxalgies en cours d'évolution, j'ai vu plusieurs cas d'enfants amenés au bord de la mer dans une gouttière, et ne présentant aucun phénomène douloureux, avoir bientôt des cris nocturnes et de la douleur le jour. Un coxalgique met en moyenne de trois à quatre ans pour guérir définitivement, à Berck. D'après M. le Dr Casin, la durée moyenne du séjour des coxalgiques à Berck est de quatre cent cinquante-huit jours, et il ne faut pas oublier que presque toutes les coxo-tuberculoses de Berck datent déjà d'au moins un ou deux ans. La mer ne semble donc pas même avoir une influence favorable sur la durée de la maladie.

D'après les statistiques de M. le docteur Cazin, sur 619 cas de coxalgie soignés à Berck, il n'y a eu que 397 guérisons, c'est-à-dire 64 0/0, chiffre qui est vraiment peu satisfaisant. Et encore combien, parmi les enfants renvoyés comme guéris de Berck, n'en retrouve-t-on pas, quelques mois après, dans les services de Paris. La mer n'a même pas une action manifeste sur les abcès secondaires ; ceux-ci se produisent à Berck aussi fréquemment que n'importe où.

La mer n'a aucune action sur les ostéites ou ostéopériostites. « Il faut, dit M. le docteur Cazin, que la plupart du temps la chirurgie intervienne et enlève la portion d'os malade. » Il est vrai, cependant, qu'une fois l'intervention faite, le séjour des enfants au bord de la mer, rend les récidives beaucoup plus rares et consolide la guérison en améliorant l'état général.

Pour les *gommes* et *abcès froids*, la mer n'entraîne jamais leur guérison. « Il faut, dit M. le docteur Cazin, que le chi-« rurgien vienne, par l'ouverture, le raclage et la cautéri-« sation, purger les tissus des fongosités tuberculeuses. » Le *lupus* est presque toujours aggravé. Les *engelures*, que M. le docteur Cazin et moi avons prouvé être souvent des ulcérations tuberculeuses, ne sont pas enrayées par le séjour au bord de la mer et s'y montrent aussi tenaces qu'ailleurs.

Pour les *adénites*, la proportion des guérisons est de 75 0/0 d'après M. le docteur Cazin. Dans ce chiffre, rentrent le grand nombre d'adénites qui guérissent n'importe où, sans traitement. Et encore, à l'hôpital de Berck, on intervient le plus souvent possible. Ce chiffre est donc absolument insuffisant, surtout avec une moyenne de séjour de 449 jours. Les résultats que donne donc le traitement maritime sont absolument insuffisants. On a le droit de se demander ce que seraient ces résultats sans l'intervention de l'éminent chirurgien qui est placé à la tête de l'hôpital. Je suis convaincu que bon nombre de guérisons sont dues au moins autant au bistouri de M. le docteur Cazin qu'à la mer.

Il est cependant deux cas où la mer fait merveille :

1° Le rachitisme ;

2° Le lymphatisme sans lésions tuberculeuses actuelles.

Je crois donc pouvoir, dès maintenant, formuler les indications du traitement marin de la façon suivante :

1° Il faut rigoureusement proscrire la mer dans toutes les tuberculoses locales douloureuses ou présentant des tendances inflammatoires.

2° La mer agit surtout dans les deux premiers mois, à partir de ce moment l'augmentation de l'appétit disparaît et les enfants retombent dans l'état antérieur à leur arrivée.

Peut-être obtiendra-t-on des résultats plus favorables qu'à Berck, sur une plage où il y aurait de la végétation et où on pourrait pour ainsi dire exposer les enfants à un air marin mitigé.

Mesures à prendre contre le choléra. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ présente le rapport qu'il a rédigé pour le conseil d'hygiène de la Seine sur les mesures à prendre en vue d'une épidémie cholérique et lit les conclusions de ce rapport.

1° Nécessité de connaître le plus promptement possible les cas de choléra.

2° Création d'un corps de médecins délégués ayant pour mission de constater la réalité et la gravité de la maladie qui leur est signalée et de veiller à l'exécution rigoureuse des mesures de désinfection.

3° Pour la désinfection qui a trait au malade et aux personnes qui l'entourent, usage exclusif du sulfate de cuivre qui sera mis à la disposition du public pour faire des solutions fortes et des solutions faibles qui devront servir à la désinfection des déjections (vomissements et matières fécales), des linges souillés par le malade, au lavage de la figure et des mains.

4° Pour la désinfection des locaux contaminés, maintien et augmentation des escouades de désinfecteurs ; création d'un inspecteur chargé de vérifier si ces désinfections on été bien pratiquées.

Cette désinfection se fera avec l'acide sulfureux provenant de la combustion du soufre, avec des lotions au sublimé pour les lavages et enfin à l'aide d'étuves mobiles pour les objets de literie et les linges ayant été en contact avec le malade : acquisition immédiate de dix étuves mobiles pour les vingt arrondissements de Paris.

5° Transport des malades à l'aide de voitures spéciales, chauffées pendant le transport et désinfectées aussitôt après.

6° Evacuation des maisons et particulièrement des garnis où se seront déclarés des cas de choléra.

7° Création de services spéciaux isolés dans des hôpitaux de Paris désignés à cet effet. Ces services devront être indiqués dès aujourd'hui et le personnel appelé à soigner les malades sera instruit des mesures prophylactiques qu'il doit prendre pour éviter les atteintes du mal.

8° Enfin, exécution scrupuleuse de toutes les mesures d'hygiène privée et publique que maintient la salubrité de la ville. De l'eau salubre devra être donnée à toute la population parisienne.

Hydrocèle du canal de Nuck. — M. Tillaux. M. Richelot nous a envoyé l'observation d'une jeune fille présentant dans la région inguinale une tumeur indolente, réductible, qui fut considérée comme une hernie et opérée. Au cours de l'opération, on constata un cordon fibreux, attaché à la face profonde des grandes lèvres, et auquel faisait suite un canal séreux communiquant avec le péritoine par un orifice très étroit, incapable de livrer passage à l'intestin. Dès lors, on dut admettre que la partie réductible de la tumeur était le liquide d'une hydrocèle, et que le conduit lui-même n'était que la persistance, après la vie intra-utérine, du canal de Nuck.

Cette observation est intéressante par ce fait que, chez cette femme, la persistance du canal de Nuck ne saurait être contestée. Or l'on sait que la possibilité d'une pareille anomalie n'est pas admise par tous les auteurs, les quelques observations publiées jusqu'à ce jour n'étant pas concluantes. L'orifice de communication du péritoine et du sac ayant toujours eu une certaine ampleur, il était possible d'admettre le développement d'une hernie ; or cette hypothèse n'est pas possible avec un orifice admettant à peine l'introduction du stylet de trousse.

Bien que la difformité dont il s'agit ne compromette en rien l'existence, M. Richelot estime que l'opération est cependant indiquée, lorsque sa présence est une gêne notable pour la malade (dans le cas particulier, elle avait été la cause de la rupture d'un mariage). Cette opinion est celle de M. Tillaux qui rappelle à ce propos qu'il a opéré chez un jeune homme une hernie congénitale non compliquée et facilement maintenue, uniquement parce que cette hernie empêchait le jeune homme de se présenter à l'école de Saint-Cyr.

Sur la dépopulation de la France. — M. Javal, à propos du récent mémoire de M. Lagneau, lit un travail sur les causes qui entravent l'accroissement de la population.

L'orateur s'attache à démontrer qu'il faut rendre responsable de cette situation la législation fiscale, civile et militaire, qui est une lourde charge pour les familles nombreuses. Il passe successivement en revue les contributions indirectes, qui sont comme une amende proportionnelle au nombre de bouches dans chaque maison et les contributions directes qui, malheureusement, agissent dans le même sens fâcheux ; enfin, la loi militaire de 1889, qu'il considère comme un cause de dépopulation.

M. Javal se réserve d'indiquer, dans une prochaine communication, les mesures législatives dont l'urgence lui paraît démontrée.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VI^e^ ARRONDISSEMENT

Séance du 2 juin 1890. — *Présidence de* M. Guillier.

A propos du procès-verbal de la séance précédente, et comme complément à l'observation de M. le D^r^ Bernard, M. Dauchez rappelle qu'un confrère a failli être empoisonné par 3 pilules d'aconitine Moussette et avait eu la plupart des accidents que signalait M. Bernard : fourmillement de la langue, du bout des doigts, etc., etc.

M. le D^r^ Dauchez lit une observation sur un cas de méningite tuberculeuse qu'il a eu l'occasion d'observer chez un enfant qui n'avait cependant aucun antécédent héréditaire. Tous les traitements furent successivement essayés, entre autres, des onctions de pommade iodoformée sur la tête, pommade au 1/4, vaseline 100 gr., iodoforme 5 gr. : — tannin, — etc. Toutes ces médications n'apportèrent aucun changement à la situation, il n'y eut que l'antipyrine qui, donné à la dose de 0,50 centig. parut apporter un certain soulagement en diminuant les douleurs de tête, sans toutefois abaisser la température qui monta même jusqu'à 42°,4. 3 heures avant le décès. M. Dauchez, sans vouloir conclure que le mérite en revient à l'antipyrine, signale la durée bien au-dessus de la normale de cette méningite qui a présenté dans sa marche une certaine rémission de plusieurs jours, rémission qui a coïncidé avec le commencement du traitement par l'antipyrine.

M. le D^r^ Verchère, au sujet de l'application de la pommade iodoformée sur le cuir chevelu, demande quel peut bien être l'effet produit. Si c'est à cause de l'absorption possible par le cuir chevelu, est-ce que l'absorption par la voie interne ne serait pas un moyen plus sûr. Quant à l'antipyrine, quel effet peut-elle donner? Un abaissement de la température, c'est possible, mais quelle influence peut-elle avoir sur l'élément tuberculeux ? Pour lui, le cas signalé par M. Dauchez peut être comparé à ces méningites larvées, à marche lente, à ces méningites *post traumatiques* qui commencent par de la paralysie oculaire et qui durent un mois, quelquefois plus. Il reconnaît toutefois que ces méningites sont plus souvent observées chez les adultes. Enfin pour clore ses légères critiques, M. le D^r^ Verchère, *sans insister d'ailleurs*, se demande si plus tard on ne verra pas se produire des cas analogues à ceux qui se sont produits à la suite de laparotomies faites pour des pseudo-tumeurs, laparotomies qui faisaient diagnostiquer de la péritonite tuberculeuse et qui, sans qu'on sache exactement pourquoi enrayaient la marche de la tuberculose du péritoine. Pourquoi un chirurgien hardi, la maladie étant désespérée, ne proposerait-il pas la trépanation?

Action de l'antipyrine sur les méningites localisées et les atrophies optiques qui en sont la conséquence. — M. Valude. La communication de M. Dauchez me fournit l'occasion de parler d'un moyen d'action tout nouveau que nous aurions contre les méningites localisées et les atrophies optiques qui en sont souvent la conséquence désastreuse, et

e moyen d'action, est le traitement prolongé au moyen es injections sous-cutanées d'antipyrine.

On sait que l'atrophie optique est le plus souvent incu-able et se termine d'ordinaire par la cécité la plus com-lète, malgré des injections de strychnine ou de pilocar-ine, malgré les séances d'électrisation à courants continus, nalgré les traitements internes les plus énergiques. Or, lepuis plus de deux ans que je l'emploie, il me semble ue la médication par l'antipyrine est susceptible de donner uelques résultats.

L'idée de cette médication m'a été inspirée par M. le r G. Sée qui avait vu l'état des yeux s'améliorer chez un aralytique général traité au moyen de l'antipyrine, non our son amblyopie, mais pour des douleurs céphaliques.

J'ai soumis cette médication à l'expérience et par deux ois j'ai eu un résultat intéressant à enregistrer.

D'abord il s'agit d'une jeune fille de 23 ans qui, à la suite l'une méningite généralisée, présentait une atrophie optique ouble et une acuité visuelle tellement abaissée qu'elle ne pouvait se conduire seule et comptait à peine les doigts à la distance de 1 mètre; elle ne distinguait aucune cou-eur.

Tous les traitements usuels avaient été employés sans ésultat aucun.

L'antipyrine a été instituée comme traitement continu epuis le mois de mars 1888 et actuellement elle voit à listance très convenablement, peut lire un journal et écrire, on acuité visuelle est égale à 1/10. Elle reconnaît toutes es couleurs sans hésitations.

Une seconde malade est une femme d'une quarantaine d'années, atteinte de poussées successives de méningite ocalisée qui ont entraîné à leur suite une atrophie optique louble, de la cécité complète, si complète que la malade ne peut établir aucune différence entre la nuit noire et la umière la plus éclatante.

Le traitement par l'antipyrine, prolongé depuis un an et demi, a sensiblement amélioré cette situation, en ce sens ue le malade reconnaît le jour de la nuit, distingue un bjet blanc d'un noir et apprécie vaguement les formes. C'est peu évidemment, mais c'est toutefois beaucoup en comparaison de l'état ancien. J'ajoute que les céphalalgies, si durables et si douloureuses autrefois, ont à peu près complètement disparu.

Le traitement a consisté, chez ces deux malades, dans des injections sous-cutanées de 1 gramme d'antipyrine dissoute dans 2 grammes d'eau additionnée d'un peu de cocaïne. L'injection est pratiquée tous les deux jours à la région lombaire. En prenant les précautions antiseptiques voulues, il ne se produit pas d'abcès ; les malades n'éprouvent aucun symptôme général, la douleur de l'injection est seulement un peu vive malgré la cocaïne.

M. Dauchez répond à M. Verchère qu'il a employé l'iodoforme parce que c'est un médicament analgésique en même temps qu'un antiseptique. C'est du reste l'action analgésique de l'antipyrine qui l'avait déterminé à l'employer. Il cite enfin, comme moyen de diagnostic de la méningite tuberculeuse, les vomissements bilieux, les troubles généraux, l'irrégularité du pouls.

M. Machelard rappelle que généralement les phénomènes du début de la méningite tuberculeuse sont bien les vomissements bilieux, mais aussi et surtout la céphalalgie, l'irrégularité du pouls ne venant que dans la deuxième période.

M. le Dr Depasse nie que la céphalalgie soit un symptôme absolument nécessaire de la méningite ; il a vu des méningitiques sans céphalalgie.

M. Dauchez trouve que M. Depasse est trop excessif. M. Depasse a dû observer des tubercules cérébraux ou cérébelleux, mais non des méningites tuberculeuses.

Enfin M. Machelard fait observer qu'il n'a pas voulu faire de la céphalalgie un signe pathognomonique de la méningite tuberculeuse mais un signe ordinaire qui, associé à un état général, à des accidents classiques, aide au diagnostic. C'est l'avis général.

M. Machelard termine par quelques observations relativement aux observations de M. Valude, observation que l'on trouvera dans le compte rendu in-extenso ci-joint, ainsi que la réponse de M. Valude.

M. Valude. On pourrait s'attendre chez ces malades ainsi améliorés à trouver un certain changement objectif dans l'état des papilles, appréciable à l'ophtalmoscope. Il n'en est cependant rien et malgré le relèvement de l'acuité visuelle, les papilles optiques, chez nos deux malades, sont aussi blanches qu'au début du traitement.

Ceci tient certainement à ce que dans l'ensemble des fibres nerveuses qui composent le faisceau optique il n'en est qu'un tout petit nombre qui sont ramenés à la vie par le traitement, tout le reste demeurant mort et sclérosé.

Je n'en veux pour preuve que le fait singulier que voici, relevé chez la malade qui forme le sujet de ma seconde observation. Cette malade, bien que complètement aveugle encore si l'on veut, est plus capable de distinguer les petits objets que les grands. Par exemple elle reconnaît dans une pièce de 1 franc le côté pile du côté face, mais elle distinguera mal les contours d'une table recouverte d'une nappe blanche qu'elle aperçoit cependant. Dans la nuit elle possède une vision très limitée, réduite à un petit filet de lumière, disons mieux, à un petit faisceau des fibres optiques.

Pouvons nous espérer reconnaître avec l'ophtalmoscope l'existence de ces quelques fibres encore vivantes? Il faudrait que notre instrument fût doublé d'un microscope, et encore !

En somme le relèvement de la puissance visuelle dans ces quelques fibres optiques encore vivantes nous paraît attribuable à l'action de l'antipyrine puisque toutes les autres médications étaient restées impuissantes. Nous pensons que le médicament agit en pareil cas en modifiant puissamment les vaisseaux ; on sait que l'atrophie des nerfs optiques est le résultat d'une altération vasculaire siégeant soit dans le nerf optique lui-même, soit aux origines centrales de ce nerf.

La séance est levée à dix heures un quart.

Le secretaire,
Dr Genestrix.

MEMENTO PRATIQUE

Le nez rouge et son traitement. — D'après Unna, il existe un traitement facile de cette petite incommodité très pénible, surtout pour le beau sexe. Dans un cinquième des cas, dit-il, cette affection est due à l'acné rosacea avec dilatation vasculaire; souvent elle est en relation avec la séborrhée du cuir chevelu ; cette séborrhée doit être combattue par les moyens ordinaires.

Quand il s'agit d'acné rosacea, Unna donne à l'inté-

rieur 50 centigrammes d'ichthyol et prescrit en même temps des lotions avec la même substance en solution aqueuse. On peut encore faire, la nuit, des applications de la pâte suivante :

Pommade de zinc.....	20 grammes.
Poudre de riz.....	5 —
Soufre.....	2 —

Unna conseille aussi les ponctions des troncs veineux dilatés avec l'instrument d'Hébra, répétées deux à trois fois par semaine; les petites plaies produites doivent être recouvertes immédiatement de ouate humide.

Pour les cas légers et comme traitement supplémentaire, il recommande des savonnages répétés avec le savon à l'ichthyol; on ne doit faire usage que d'eau chaude.

Du traitement du choléra infantile. — M. Eloy examine, dans la *Gazette hebdomadaire*, les différentes méthodes de traitement :

1° *Faut-il mettre l'enfant à la diète* ? Oui, d'après les uns (Critzmann); non, d'après les autres (J. Simon). Ceux qui proscrivent le lait permettent l'ingestion de quelques cuillerées d'eau albumineuse ou de thé au rhum, ces boissons étant glacées, pour apaiser la soif.

Ceux qui autorisent le régime lacté rationnent ce liquide à raison d'une ou deux verrées par jour et en le coupant d'eau de Vals ou de La Réveille. La cessation des vomissements ou de la diarrhée permet d'augmenter cette dose.

2° *Comment combattre la diarrhée?* L'opium, malgré le jeune âge de l'enfant, peut être employé (Cadet de Gassicourt, J. Simon et Widerhofer). Voici une formule qui peut être utile :

Extrait de ratanhia....	50 centigr. à 1 gramme.
Extrait de kola.....	10 à 20 centigrammes.
Elixir parégorique.....	VIII à X gouttes.
Sirop simple.....	60 grammes.

Une cuillerée à café toutes les heures.

M. Critzmann emploie de préférence la potion suivante :

Salicylate de bismuth.....	1 à 2 grammes.
Laudanum de Sydenham.....	I à V gouttes.
Infusion de thé.....	60 grammes.
Sirop de framboises.....	20 grammes.
Rhum.....	15 à 20 grammes.

3° *Quels sont les agents antiseptiques que l'on peut prescrire?* Le calomel d'abord, l'acide lactique ensuite.

Widerhofer administre le calomel de la façon suivante :

Calomel.....	5 à 10 centigrammes.
Sucre pulvérisé.....	20 —

F. s. a. pour 10 paquets. Un paquet toutes les deux heures.

Cesser l'administration du calomel, s'il y a collapsus.

On n'a pas oublié qu'on a préconisé l'usage de l'acide lactique dans ces dernières années. La formule suivante est en usage dans le service de M. Grancher :

Acide lactique.....	2 grammes.
Eau distillée..... }	
Sirop de framboises..... }	ââ 50 —

à administrer par cuillerée à café tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures.

M. Critzmann recommande aussi les lavements d'eau bouillie et boriquée de 150 à 200 grammes, suivant l'âge de l'enfant.

4° *Comment faut-il intervenir contre le collapsus et l'algidité?* Par les bains sinapisés, chauffés à 38 degrés et de cinq à six minutes de durée; par des piqûres d'éther, l'administration de la caféine à l'intérieur, ou, si ces moyens échouent, par l'injection sous-cutanée de 10 centigrammes de ce médicament.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

Le directeur de l'Enregistrement, questionné par l'Association syndicale des médecins de la Loire-Inférieure, a donné sa réponse au point de vue des certificats soumis au timbre. — Voici la liste qu'il a communiquée :

CERTIFICATS SOUMIS AU TIMBRE

1° Certificats aux nourrices pour obtenir un nourrisson (n'est exempt que s'il est délivré aux nourrices destinées aux enfants assistés) [Rép. gén., 3578];

2° Certificats pour aliénés (à moins qu'il ne soit purement administratif et destiné à ne servir que dans l'intérieur de l'asile);

3° Certificats de santé pour les compagnies d'assurances sur la vie;

4° Certificats de maladie ou d'infirmités pour la revision;

5° Certificats de maladie dans les cas d'impossibilité à se présenter au tirage au sort ou au conseil de revision;

6° Certificats pour prolongation de congé de convalescence (civil ou militaire);

7° Certificats pour militaires ou ecclésiastiques pour obtenir une saison d'eau thermales;

8° Certificats pour obtenir une retraite;

9° Certificats pour admission dans les écoles ou administrations;

10° Certificats pour indemnités des administrations ou sociétés pour traitement médical (sauf le cas de certificat d'indigence);

11° Certificats de maladies pour dispense d'arbitrage, de juré, de témoignage;

12° Certificats pour veuves d'employés à l'effet d'obtenir une pension ou des secours.

CERTIFICATS EXEMPTS DU TIMBRE

1° Certificats de vaccine;

2° Certificats de naissance ou de décès;

3° Certificats délivrés par les médecins délégués et assermentés (Art. 200);

4° Certificats pour gens de guerre pendant la durée de leur service;

5° Certificats ou rapports médicaux pour coups, blessures ou meurtre, sur réquisition du maire, juge de paix, juge, procureur, commissaire, etc. (Décis. min. du 10 mai 1874);

6° Certificats pour constater un décès de personne trouvée sur la voie publique, meurtre, accident, suicide, sur réquisition de l'autorité;

7° Certificats pour admission dans les hôpitaux ou hospices de vieillards;

8° Certificats d'infirmités pour secours du département en cas d'indigence;

9° Certificats constatant la maladie de membres de sociétés de secours mutuels (Décis. du 29 janvier 1874. — Rép. fr. 4988);

10° Certificats pour justifier l'absence des enfants malades à l'école. (Décis. min. du 23 janvier 1883. — 22165 I. E.);

11° Certificats délivrés aux nourrices conformément à la loi du 22 décembre 1874 (protection des enfants du premier âge) et au règlement d'administration publique du 27 février 1877 pour constater les aptitudes physiques des nourrices (Décis. min. du 7 mai 1865. — Rép. per. n° 6969);

12° Certificats constatant la vaccination des enfants des écoles primaires (Décis. min. du 23 avril 1889. — Rép. 7240).

Du privilège des médecins et pharmaciens en cas de faillite. — On connaît l'interprétation habituellement défavorable aux réclamations médicales que les Tribunaux de commerce donnent à l'article du Code civil garantissant le privilège des frais de *dernière maladie*, quand il ne s'agit pas de maladie *terminée par la mort*.

Cependant les nouveaux projets de loi sur l'exercice de la médecine nous donnent gain de cause; quelques tribunaux ont commencé dès maintenant, et nous sommes heureux d'enregistrer le jugement suivant, en date du 2 septembre 1890, rendu par le Tribunal de commerce de Fécamp (le même article du Code est applicable aux médecins et pharmaciens) :

« Le Tribunal, attendu qu'il résulte du procès-verbal de la réunion des créanciers pour l'affirmation des créances de la liquidation du sieur Paul Dubosc, que le sieur Vaudin, pharmacien à Fécamp, a demandé son admission en privilège pour la somme de 140 fr. 40, pour fournitures de médicaments faites au sieur Paul Dubosc pendant sa dernière maladie,

Attendu que le sieur Dubosc, assisté de son liquidateur, repousse cette demande de privilège et se déclare prêt à l'admettre à titre chirographaire,

Attendu qu'à la suite de cette contestation, M. le juge-commissaire a renvoyé les parties devant le Tribunal,

Attendu que pour établir sa demande, le sieur Vaudin réclame le bénéfice de l'article 2101 du Code civil, comprenant au nombre des créances privilégiées les frais de la dernière maladie,

Attendu que le sieur Dubosc et son liquidateur soutiennent que par frais de dernière maladie il faut entendre la maladie qui a amené la mort du débiteur.

Attendu que par suite de sa mise en liquidation judiciaire le débiteur se trouve en fait dessaisi de la disposition de ses biens,

Attendu que l'article 2101 du Code civil, accordant un privilège, ne s'exerce que sur les biens d'une personne décédée,

Que la dernière maladie de la personne dont on parle ne veut pas nécessairement dire la maladie dont cette personne est morte, mais aussi bien la dernière maladie qu'elle a eue,

Qu'il n'y a aucune raison de supposer que le législateur n'ait point voulu accorder pour la dernière maladie du débiteur vivant le privilège qu'il aurait accordé pour la dernière maladie du débiteur décédé,

Attendu qu'il est notoire qu'au moment de sa mise en liquidation judiciaire, le sieur Paul Dubosc était encore souffrant de la maladie pour laquelle le sieur Vaudin lui a fait les fournitures dont il réclame l'admission en privilège,

Attendu que ces fournitures ont donc été faites au cours de la dernière maladie du débiteur,

Par ces motifs, statuant en dernier ressort, déclare non-recevable et mal fondée la contestation faite au nom de la liquidation judiciaire du sieur Paul Dubosc,

Admet le sieur Vaudin en privilège au passif de la dite liquidation pour la somme de 140 fr. 40, à charge d'affirmation de la dite créance devant M. le juge-commissaire,

Condamne le sieur Paul Dubosc et Me Leboullenger ès-noms aux dépens, qui seront employés en frais de liquidation. »

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — *Amphithéâtre d'anatomie*, année 1890-1891, saison d'hiver. — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 13 octobre 1890.

Des conférences sur l'histologie normale et pathologique seront faites par M. le chef du laboratoire.

MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Nota. — Les microscopes et autres instruments nécessaires aux recherches histologiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique.

MM. les élèves qui ne seraient pas déjà inscrits pour les travaux anatomiques sont prévenus que leurs cartes seront reçues à l'amphithéâtre à partir du lundi 6 octobre.

Corps de santé militaire. — Sont nommés directeur du service de santé du 9e corps M. le médecin principal Chauvel; directeur du service de santé du 17e corps, M. le médecin principal Arnaud.

École de médecine de Grenoble. — Voici le texte d'une pétition adressée par MM. les professeurs de l'Ecole de médecine à la Municipalité de Grenoble.

Les projets de décentralisation universitaire actuellement en préparation auront pour effet, s'ils se réalisent, d'augmenter l'importance de certains centres d'enseignement supérieur, et cela dans des proportions telles que les cen-

très moins bien partagés risqueront de disparaître à brefdélai.

A Grenoble, l'enseignement de cet ordre se trouve particulièrement menacé et nous avons le regret de constater que la situation de l'Ecole de médecine et de pharmacie accroît encore ce danger.

Notre Ecole, malgré les efforts incessants de son directeur, de ses professeurs et de ses élèves, se trouve dans une situation irrégulière. Elle n'est pas *réorganisée* conformément au décret du 1er avril 1883. La ville de Grenoble a consenti cependant à faire les sacrifices nécessaires. Il nous manque malheureusement quelque chose de plus, un élément indispensable de réorganisation, un *local*, et M. le directeur de l'Enseignement supérieur nous le répétait encore, en présence de M. le Maire, lors de sa récente visite à Grenoble.

Nous ne pouvons ne pas reconnaître cependant que bien des progrès ont été réalisés. Il y a vingt ans, tous les cours se faisaient dans une salle de l'Hôpital militaire ; la bibliothèque n'existait pas, pas plus que les laboratoires. Nous avons aujourd'hui salles de cours, bibliothèques, laboratoires pleins, on pourrait dire encombrés d'appareils précieux ; mais le tout se trouve caché dans l'Hôpital et renfermé dans une masure sordide presque en ruines. C'est là que nous devrons recevoir publiquement M. le ministre de l'Instruction publique.

Puisque d'une installation nouvelle dépend notre réorganisation, c'est-à-dire notre existence, nous croyons devoir insister auprès de vous pour que cette amélioration indispensable soit faite ou ait reçu au moins un commencement d'exécution dans le plus bref délai possible. Dans quelques mois il pourrait être trop tard.

Dans une situation intermédiaire entre les grandes et les petites villes, Grenoble en tant que centre universitaire doit grandir ou tomber. Nous comptons, certes, beaucoup sur le renom de nos Facultés, renom qu'une tradition fidèle a si glorieusement conservé, mais encore ne faut-il pas qu'il existe dans ce brillant ensemble des taches trop noires et notre installation actuelle en est une.

L'Ecole de médecine de Grenoble, comme les autres Ecoles semblables, est municipale et ne coûte rien à l'Etat puisqu'elle lui a rapporté plus de 8,000 fr. pour la seule année dernière, la part de la ville étant encore de 18,862 fr.

C'est grâce à la ville qu'elle existe, grâce à son appui qu'elle a pu vivre et prospérer. Sans insister sur ce côté particulier de son utilité, la formation avec les Facultés d'un tout homogène et solide, nous croyons qu'elle peut récompenser Grenoble de ses efforts. Déjà nos travaux se multiplient, nos publications sont connues et citées. A un point de vue plus immédiatement pratique, c'est pour la population de notre ville une garantie salutaire que la présence d'un corps médical et pharmaceutique recruté au concours, sérieux devant un jury en grande partie étranger à notre Ecole et constitué dans les conditions les plus indiscutables de compétence et d'impartialité.

Les élèves sont actuellement moins nombreux qu'ils ne le seraient avec d'autres programmes; mais ces programmes ne peuvent manquer d'être modifiés et ne le seraient-ils pas, le nombre des élèves augmentera beaucoup si, comme nous le croyons, notre Ecole résistant à l'orage, parvient grâce à son énergie et à son travail, à conquérir bientôt un rang plus élevé.

Nous ne trouvons rien à redire aux améliorations apportées à la situation d'autres écoles. Plus les centres d'enseignement seront multipliés, plus s'élèvera le niveau général de l'instruction pour laquelle la France républicaine a déjà fait de si grands et si utiles sacrifices. Mais si nous ne protestons pas contre le maintien ou même la création d'écoles ou de facultés rivales, nous voulons au moins faire connaître nos droits à la lutte non seulement pour l'existence, mais encore pour le progrès.

Il importe que nous ne succombions pas dès le début pour qu'il nous soit possible de rendre à la ville, sous forme de renommée et de services, une partie au moins de ce qu'elle a fait pour nous.

Nous comptons cette fois encore sur votre appui efficace et surtout immédiat.

Tant que satisfaction ne sera pas donnée par M. le Ministre de l'instruction publique, en ce qui concerne notre local, nous ne pouvons nous adresser qu'à vous.

On vient de réorganiser, on réorganise encore d'autres écoles; celle de Besançon, par exemple, ville qui ne possède que deux facultés, ou même celle d'Angers qui n'en a point, et lorsque la nôtre seule en France n'aura pas reçu cette consécration officielle, sorte de certificat de vie, elle sera bien près d'être supprimée, entraînant peut-être dans sa chute les trois facultés qui l'entourent.

Veuillez agréer, Monsieur le Maire et messieurs les conseillers municipaux, l'assurance de notre entier dévouement.

Suivent les signatures de tous les professeurs :

Allard, Baboin, Berger, Berlioz, Bisch, Carlet, Deschamps, Gagnieu, Gallois, Girard, Janet, Labatut, Montaz, Nicolas, Pegoud, Raoul, Turel, Verne.

Statistique des étudiants français et étrangers entre les Facultés. — Le projet du Gouvernement sur la création des Universités régionales devant s'engager devant le Sénat pendant la prochaine session, il est intéressant de connaître le nombre des étudiants français et étrangers inscrits à nos différentes Facultés pendant l'année scolaire qui vient de se terminer.

Le nombre total des étudiants, relevés au 15 avril 1890, s'élève à 16,391, dont 15,120 Français et 1,271 étrangers.

Les étudiants français se subdivisent en 14,980 étudiants et 140 étudiantes ; les étrangers, en 1,122 hommes et 149 femmes. Le nombre total des femmes qui ont suivi, cette année, les cours de nos Facultés est donc de 289.

Voici comment les 16,391 étudiants, des deux sexes et de toute nationalité, se répartissent entre les Facultés et les Écoles des divers ordres :

Faculté de médecine (doctorat et officiat), 5,699:

Faculté de droit (licence et doctorat), 4,502 ;

Faculté des sciences (licence et agrégation), 1,299 ;

Faculté des lettres (licence et agrégation), 1,876 ;

Écoles supérieures et Facultés mixtes de pharmacie (pharmaciens de 1re et 2e classes), 1,535;

Théologie protestante, 96.

Écoles de plein exercice et Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie (docteurs, officiers de santé, pharmaciens de 1re et 2e classe), 1,385 ;

8,527 étudiants et étudiantes, c'est-à-dire environ les 52/100 du nombre des étudiants inscrits, suivent les cours des Facultés de Paris : 4,235 à la Faculté de médecine 2,005 à la Faculté de droit, 462 à la Faculté des sciences, 744 à la

Faculté des lettres, 1,052 à l'École supérieure de pharmacie, 29 à la Faculté de théologie protestante.

Voici, classée d'après le nombre de leurs étudiants, la liste des villes qui possèdent des Facultés ou des Écoles supérieures. Ce classement est important au point de vue de la création des nouvelles Universités.

1° Bordeaux (Faculté mixte de médecine et de pharmacie, Facultés de droit, des sciences et des lettres) 1,024 étudiants ;

2° Lyon (Faculté mixte de médecine et de pharmacie, Facultés de droit, des sciences, des lettres), 998 étudiants ;

3° Toulouse (Facultés des sciences, des lettres, de droit, École de plein exercice de médecine et de pharmacie), 960 étudiants ;

4° Montpellier (Facultés de médecine, de droit, des sciences, des lettres, École supérieure de pharmacie), 756 étudiantes ;

5° Lille (Faculté mixte de médecine et de pharmacie, Facultés de droit, des sciences, des lettres), 636 étudiants ;

6° Caen (Facultés de droit, des sciences, des lettres, École de plein exercice de médecine et de pharmacie), 387 étudiants ;

7° Nancy (Facultés de médecine, de droit, des sciences, des lettres, École supérieure de pharmacie), 376 étudiants ;

8° Rennes (Facultés de droit, des sciences, des lettres, École de plein exercice de médecine et de pharmacie), 365 étudiants ;

9° Poitiers (Facultés de droit, des sciences, des lettres, Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie), 282 étudiants ;

10° Alger (Facultés de droit, des sciences, des lettres, École de plein exercice de médecine et de pharmacie, 281 étudiants ;

11 Grenoble (Facultés de droit, des sciences, des lettres, Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie), 235 étudiants ;

12° Aix (Faculté de droit et des lettres), 208 étudiants ;

13° Marseille (Faculté des sciences, École de plein exercice de médecine et de pharmacie, 205 étudiants ;

14° Dijon (Facultés de droit, des sciences, des lettres, École de plein exercice de médecine et de pharmacie) 200 étudiants ;

15° Besançon (Facultés des sciences, des lettres, École de plein exercice de médecine et de pharmacie), 180 étudiants ;

16° Clermont (Faculté des sciences, des lettres, Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie), 137 étudiants ;

Viennent ensuite les villes ne possédant qu'une École de plein exercice ou une École préparatoire de médecine ou de pharmacie : Nantes, 145 étudiants ; Amiens, 114 ; Angers, 82 ; Limoges, 70 ; Rouen, 68 ; Tours, 53 ; Reims, 44 ; et Montauban qui possède seulement une Faculté de théologie protestante dont les cours sont suivis par 67 étudiants ;

Voici comment se répartissent les 1,271 étudiants et étudiantes étrangers : 1,078, c'est-à-dire 85 0/0 suivent les cours des Facultés de Paris, 67 suivent ceux des Facultés de Montpellier ; le reste, c'est-à-dire 126, se partage entre les Facultés des autres villes de province.

Si on classe les étudiants et étudiantes étrangers d'après la nature de leurs études, on voit que 907 sont inscrits dans les Facultés de médecine, 240 dans les Facultés de droit, 58 dans les Facultés des sciences, 24 dans les Facultés des lettres, 21 dans les Écoles supérieures de pharmacie et les Facultés mixtes, 12 dans les Écoles de plein exercice et les Écoles préparatoires, 4 dans les Facultés de théologie protestante.

Voici, en outre, à quelles nationalités appartiennent ces 1,271 étrangers et étrangères :

989 sont Européens, l'Allemagne en fournit 21 ; l'Angleterre, 71 ; l'Autriche, 10 ; la Belgique, 17 ; la Bulgarie, 34 ; l'Espagne 45 ; la Grèce, la Hollande, 8 ; la Hongrie, 1 ; l'Italie, 21 ; Luxembourg, 1 ; Monaco, 2 ; la Norvège, 3 ; le Portugal, 19 ; la Roumanie, 159 ; la Russie, 313 ; la Serbie, 33 ; la Suède, 3 ; la Suisse, 44 ; la Turquie, 122.

12 sont Asiatiques : Annam, 1 ; Chypre, 2 ; Indes anglaises, 1 ; Japon, 4 ; Perse, 2 ; Syrie, 2.

68 sont Africains : Egypte, 51 ; Madagascar, 1 ; île Maurice, 13 ; Tunisie, 3.

201 sont Américains : Brésil, 11 ; Bolivie, 1 ; Chili, 3 ; Colombie, 1 ; Cuba, 2 ; Etats-Unis, 173 ; Haïti, 4 ; Mexique, 1 ; République Argentine, 5.

Un seul est Océanien. C'est un Australien.

Enfin, il est curieux de connaître comment les étudiantes sont réparties dans les différentes facultés.

Les 140 étudiantes françaises sont inscrites : 1 à la Faculté de droit de Paris ; 20 aux Facultés de médecine, dont 18 à Paris ; 15 aux Facultés des sciences, dont 6 à Paris et 5 à Grenoble ; 100 aux Facultés des lettres, dont 31 à Paris ; 33 à Lille ; 12 à Lyon ; 7 à Bordeaux ; 6 à Besançon et 4 aux Ecoles de plein exercice ou aux Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Les 149 étudiantes étrangères qui sont presque toutes de nationalité russe sont inscrites : 2 à la Faculté de droit de Paris ; 124 aux Facultés de médecine, dont 122 à celle de Paris ; 9 aux Facultés des lettres, dont 5 à Paris, 2 à Lille et 2 à Lyon, et 14 aux Facultés des sciences, dont 13 à celle de Paris.

Nous complétons ces renseignements en donnant le nombre des élèves inscrits l'été dernier dans les 21 Universités allemandes.

Les 29,461 étudiants se répartissent entre les diverses Facultés dans la proportion suivante : Faculté de théologie, 5,804 (4,769 protestants, 1,262 catholiques) ; Facultés de médecine, 8,968 ; Facultés de philosophie, 7,430.

L'Université de Berlin est celle qui compte le plus d'étudiants, 4,871 ; Rostock est celle qui en a le mois, 360.

(*Lyon Médical.*)

Voici maintenant pour chacune de nos facultés ou écoles le nombre des étudiants en médecine (docteurs et officiers de santé) pendant l'année scolaire 1888-1889.

Ce nombre qui était de 6,388 en 1887-88, est de 5,978 en 1888-89 pour les 6 Facultés et les 17 Ecoles de médecine françaises.

Facultés :

	Doctorat.	Officiat de santé.	Total.
	—	—	—
Paris	3,535	359	3.894
Montpellier	314	9	323
Nancy	120	4	124
Lyon	363	22	385
Lille	802	43	145
Bordeaux	352	23	375

Ecoles :			
Alger	37	16	53
Amiens	6	51	57
Angers	25	12	37
Besançon	16	14	30
Caen	19	12	31
Clermont	12	13	25
Dijon	11	12	23
Grenoble	6	12	18
Limoges	26	5	31
Marseille	52	34	86
Nantes	74	10	84
Poitiers	13	7	20
Reims	15	7	22
Rennes	42	20	62
Rouen	18	4	22
Toulouse	78	27	105
Tours	21	5	26
Total			732

De cette statistique se dégagent plusieurs faits sur lesquels nous appelons l'attention du lecteur.

Les 17 Ecoles de médecine comptent 732 élèves en médecine, soit moins de 44 par Ecole ; quelques-unes comptent autant de fonctionnaires que d'étudiants.

Les étudiants pour l'officiat de santé qui sont la principale raison d'être des écoles secondaires de médecine, sont surtout concentrés à Paris, 359 contre 361 disséminés dans les autres Facultés et Ecoles.

La Faculté de médecine de Paris compte en chiffres ronds trois fois autant d'étudiants pour le doctorat que les cinq autres Facultés : 3,535 contre 1,251 pour l'année scolaire 1888-1889. Or, tandis que pendant cette année scolaire les cinq Facultés de la province ont délivré 226 diplômes pour le doctorat, la Faculté de médecine n'en a délivré que 399.

Condamnation d'un pharmacien pour substitution de la naphtaline au naphtol β. — Au mois de mai dernier, deux médecins de Grenoble donnant leurs soins à un étudiant en médecine, atteint d'une fièvre typhoïde grave, se sont aperçu que M. X., pharmacien à Grenoble, avait substitué de la naphtaline au naphtol β prescrit. L'ordonnance portait 50 centigrammes de naphtol et autant de salicylate de bismuth par cachet médicamenteux. Or, les cachets fournis en renfermaient chacun beaucoup moins et répandaient une odeur caractéristique de naphtaline. Le malade a été sérieusement incommodé, il se plaignait d'un goût atroce de gaz d'éclairage, et a été pris de vomissements après l'absorption de chacun des cachets.

Sur la plainte portée par nos confrères, au nom de l'association des médecins de France, section de l'Isère, le parquet a poursuivi le pharmacien et voici le jugement rendu par le Tribunal correctionnel de Grenoble, le 13 août 1890 :

« Attendu qu'il est constant que le prévenu C... a substitué de la naphtaline au naphtol β, prescrit par des ordonnances du docteur en médecine traitant M. L..., de son vivant interne à l'hôpital ;

« Attendu qu'il n'y a pas lieu de s'arrêter aux moyens de défense invoqués par C... qui dit que son élève a exécuté, seul, les ordonnances susvisées, car il est de jurisprudence que seul le pharmacien peut, en la matière, être responsable et que, d'autre part, l'inculpé ne peut arguer de sa sa bonne foi, en cette cause ;

Considérant qu'il y a lieu de réprimer sévèrement de semblables agissements qui sont de nature à porter de graves atteintes à la santé publique, etc., etc.

Par ces motifs, le Tribunal condamne C... à cinq cents francs d'amende et aux dépens et fixe au minimum la contrainte par corps. (*Dauphiné médical.*)

Legs. — Le trésorier de l'Association mutuelle des médecins aliénistes, dont le siège est à Paris, est autorisé à accepter, aux clauses et conditions énoncées, le legs gratuit d'une somme de 2,500 fr. fait à cette œuvre par la dame veuve Billod, née Marie Jeanneau, suivant son testament olographe du 14 novembre 1884. Le produit de ce legs sera placé en rente 3 0/0 sur l'Etat.

Nécrologie. — C'est par erreur que dans notre dernier numéro, sur la foi d'un de nos confrères et sans prendre le temps de contrôler, nous avons annoncé la mort de M. le Dr Dumesnil, de Vincennes. Cet honorable confrère est heureusement en parfaite santé. Il s'agissait de M. le Dr Duménil (de Rouen).

M. le Dr Duménil (Louis-Stanislas), ancien interne des hôpitaux de Paris, reçu le premier de sa promotion en 1849, professeur de pathologie externe et directeur de l'école de médecine de Rouen, est décédé le 5 septembre à l'âge de 67 ans.

Le Dr H. Delacroix, oculiste très distingué de Reims, est décédé le 23 août à Verzy, à l'âge de 48 ans. — Le Dr Gaudon, de le Blanc (Indre), reçu en 1832.

CABINET MÉDICAL 82, r. Monge et **CLINIQUE** à Paris, 61, avenue des Gobelins (succession Dr Bougher) à adj, en l'ét. de Me Cousin, not., 6, pl. St-Michel, le 20 septembre 1890 à 1 h. mise à prix pouv. être baiss. 10,000 fr. S'adr. audit notaire.

Bulletin de la mortalité *du 7 août au 13 septembre* 1890. — Fièvre typhoïde, 17. — Variole, 0. — Rougeole, 20. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 6. — Diphtérie, Croup, 24. — Choléra. 0 — Phtisie pulmonaire, 151. — Autres tuberculoses, 24. — Tumeurs cancéreuses et autres, 47.

Méningite, 26. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 30. — Paralysie, 4. — Ramollissement cérébral, 9. — Maladies organiques du cœur, 37.

Bronchite aiguë et chronique, 31. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 39.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 98.

Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 0.

Débilité congénitale, 23. — Sénilité, 23. — Suicides et autre morts violentes, 28. — Autres causes de mort, 133. — Cause inconnues, 5.

Nombre absolu de la semaine, 793. — Résultat de la semaine précédente : 902.

L'ELIXIR ET PILULES GREZ chlorhydro-pepsiques (amers et ferments digestifs). — Dyspepsies, anorexie, vomissements de la grossesse.

LIQUEUR DE LAPRADE à l'albuminate de fer, le plus assimilable des ferrugineux, spécifique des troubles de la menstruation, etc.

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris, imprimerie DAVY, 52, rue Madame.